

Dear Parent/Guardian,

At J. O. Combs Unified School District, we are committed to providing a play-based screening at no charge to families for any preschool age child that is suspected of having a disability. If you have any concerns about your child and feel they may have a disability that requires special education, please complete this Preschool CHILD FIND SCREENING DOCUMENT and provide the available dates and times you would like to schedule a screening.

You will need to provide 4 supporting documents along with this form to be scheduled on the calendar. The four needed documents are:

1. Child's birth certificate
2. Immunization Records
3. A parent's photo ID
4. Proof of residency (a utility bill or other bill that shows the address that you reside at within the JO Combs District boundaries)

Once this document along with the FOUR supporting documents are received, you will be contacted to confirm a date and time.

Please indicate your top three choices for a screening date and top three choices for a time. We will do our best to meet your first priority.

DATES/TIMES (Place 1 by first choice, 2 by second choice and 3 by third choice):

| | |
|--|-------------------|
| | July 10 2024 |
| | August 14 2024 |
| | September 11 2024 |
| | October 9 2024 |
| | November 13 2024 |
| | December 11 2024 |
| | January 8 2025 |
| | February 12 2025 |
| | March 19 2025 |
| | April 16 2025 |
| | May 28 2025 |

| | |
|--|-------------|
| | 8:30-9:30 |
| | 9:45-10:45 |
| | 11:00-12:00 |

If you have any questions, please do not hesitate to email preschoolchildfind@jocombs.org.

Sincerely,

Jennifer Corry,
Director of Student Services
JO Combs Unified School District

**JO Combs Unified School District
PRESCHOOL CHILD FIND SCREENING DOCUMENT**

Date: _____ Type of Contact: _____ Home School: _____

Child's Name: _____ DOB: _____ Sex: _____ Age: _____

Parents: _____ Phone: _____

Foster Parent Confidential

Street Address: _____

City, State : _____ Zip Code: _____ E-mail Address: _____

Primary Language of Home: _____ Child's Primary Language: _____

Language most often spoken by the child? _____

Will an interpreter be required? Yes No

What are you current concerns regarding your child's development? _____

Speech/Language

Does your child understand simple directions? Yes No

About how many words does your child say? 10 or less 10-50 50-100 100+

Is your child's speech difficult to understand? Yes No

Motor

Fine/Gross Motor Concerns? Yes No Please explain: _____

Sensory Concerns? Yes No Please explain: _____

Social/Emotional/Behavioral

Concerns? Yes No Please explain: _____

Self-Help

Concerns: (ie: drinking, eating, dressing, toileting)? Yes No

Is your child toilet trained? Yes No In process

Concerns? Yes No Please explain: _____

Vision and Hearing

Has vision and hearing been screened?

Date of vision: _____ Date of hearing: _____

Has your child been screened and/or evaluated for any concern listed above previously?

Yes No

If yes, what areas: _____ when: _____ where: _____

results: _____

Please provide JO Combs with copies of any available reports or evaluations

Name of current or previous daycare/preschool _____ **Phone:** _____

Is your child receiving services through DDD or AzEIP: Yes No

If yes, what services? PT OT ST Early Intervention

Estimado Padre / Tutor,

En el Distrito Escolar Unificado J. O. Combs, estamos comprometidos a proporcionar una evaluación basada en el juego sin costo para las familias de cualquier niño en edad preescolar que se sospeche que tiene una discapacidad. Si tiene alguna inquietud sobre su hijo y cree que puede tener una discapacidad que requiere educación especial, complete este DOCUMENTO DE EVALUACIÓN DE ENCONTRAR NIÑOS en preescolar y proporcione las fechas y horarios disponibles en los que le gustaría programar una evaluación.

Deberá proporcionar 4 documentos de respaldo junto con este formulario para programarlo en el calendario. Los cuatro documentos necesarios son:

1. Certificado de nacimiento del niño
2. Registros de inmunización
3. Identificación con fotografía de uno de los padres
4. Comprobante de residencia (una factura de servicios públicos u otra factura que muestre la dirección en la que reside dentro de los límites del Distrito JO Combs)

Una vez que se reciba este documento junto con los CUATRO documentos de respaldo, lo contactaremos para confirmar la fecha y la hora.

Indique sus tres opciones principales para una fecha de evaluación y sus tres opciones principales para un horario. Haremos todo lo posible para cumplir con su primera prioridad.

FECHAS/HORARIOS (Lugar 1 por primera opción, 2 por segunda opción y 3 por tercera opción):

| | |
|--|--------------------------|
| | 10 de julio de 2024 |
| | 14 de agosto de 2024 |
| | 11 de septiembre de 2024 |
| | 9 de octubre de 2024 |
| | 13 de noviembre de 2024 |
| | 11 de diciembre de 2024 |
| | 8 de enero de 2025 |
| | 12 de febrero de 2025 |
| | 19 de marzo de 2025 |
| | 16 de abril de 2025 |
| | 28 de mayo de 2025 |
| | 8:30-9:30 |
| | 9:45-10:45 |
| | 11:00-12:00 |

Si tiene alguna pregunta, no dude en enviar un correo electrónico a preschoolchildfind@jocombs.org.

Atentamente,

Jennifer Corry,
Director de Servicios Estudiantiles
Distrito Escolar Unificado JO Combs

Fecha: _____ Tipo de contacto: _____ Hogar Escuela: _____

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____
Edad: _____

Padres: _____ Teléfono: _____

Padre de crianza Confidencial

Dirección: _____

Ciudad, Estado: _____ Código postal: _____ Dirección de correo

electrónico: _____

Idioma principal del hogar: _____ Idioma principal del niño: _____

¿Idioma que habla con más frecuencia el niño? _____

¿Se necesitará un intérprete? Sí No

¿Cuáles son sus preocupaciones actuales con respecto al desarrollo de su hijo? _____

Habla/Lenguaje

¿Su hijo entiende instrucciones sencillas? Sí No

¿Aproximadamente cuántas palabras dice su hijo? 10 o menos 10-50 50-100 100+

¿Es difícil entender el habla de su hijo? Sí No

Motor

¿Preocupaciones por la motricidad fina/gruesa? Sí No Por favor explique: _____

¿Preocupaciones sensoriales? Sí No Por favor explique: _____

Social/Emocional/Comportamiento

¿Preocupaciones? Sí No Por favor explique: _____

Autoayuda

Preocupaciones: (es decir, ¿beber, comer, vestirse, ir al baño)? Sí No

¿Está su hijo entrenado para ir al baño? Sí No En proceso

¿Preocupaciones? Sí No Por favor explique: _____

Visión y audición

¿Se han realizado exámenes de visión y audición?

Fecha de la visión: _____ Fecha de la audición: _____

¿Su hijo ha sido examinado y/o evaluado por alguna de las preocupaciones mencionadas anteriormente?

Sí No

En caso afirmativo, ¿qué áreas: _____ cuándo: _____ dónde: _____
resultados: _____

Proporcione a JO Combs copias de cualquier informe o evaluación disponible

Nombre de la guardería/preescolar actual o anterior _____ Teléfono: _____

¿Su hijo recibe servicios a través de DDD o AzEIP? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué servicios? PT OT ST Intervención Temprana



Arizona Department of Education
Office of English Language Acquisition Services

Home Language Survey

The responses to this Home Language Survey (HLS) are used by the school to provide the most appropriate instructional programs and services for the student. **The answers below will determine if a student will take the Arizona English Language Learner Assessment (AZELLA).** Please respond to each of the three questions as accurately as possible. If you need to correct any of your responses, this must be done **before** the student takes the AZELLA Placement Test.

1. What language do people speak in the home *most* of the time?

2. What language does the student speak *most* of the time?

3. What language did the student *first* speak or understand?

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Student Name_____ | District Student ID_____ |
| Date of Birth_____ | SSID_____ |
| Parent/Guardian Signature_____ | Date_____ |
| District or Charter_____ | |
| School_____ | |

Please provide a copy of the Home Language Survey to the EL Coordinator/Main Contact on site.

In AzEDS, please enter all three HLS responses.

These HLS questions are in compliance with Arizona Administrative Code (R7-2-306(B)(1),(2)(a-c)). (Revised 05-2023)



Arizona Department of Education
Office of English Language Acquisition Services

Encuesta sobre el Idioma en el Hogar

La escuela utiliza las respuestas a esta Encuesta del idioma del hogar (HLS) para proporcionar los programas y servicios educativos más apropiados para el estudiante. **Las respuestas que aparezcan a continuación determinarán si un estudiante tomará la Evaluación de aprendices del idioma inglés de Arizona (AZELLA).** Responda a cada una de las tres preguntas con la mayor precisión posible. Si necesita corregir alguna de sus respuestas, esto debe hacerse **antes** de que el estudiante tome el Examen AZELLA.

1. ¿Qué idioma hablan las personas en el hogar *la mayoría* del tiempo?

2. ¿Qué idioma habla el estudiante *la mayoría* del tiempo?

3. ¿Qué idioma habló o entendió el estudiante *primero*?

| | |
|-------------------------------|------------------------------|
| Nombre del estudiante _____ | Distrito _____ |
| Fecha de nacimiento _____ | Núm. de identificación _____ |
| Firma del padre o tutor _____ | SSID _____ |
| Distrito o Charter _____ | Fecha _____ |
| Escuela _____ | |

Please provide a copy of the Home Language Survey to the EL Coordinator/Main Contact on site.

In AzEDS, please enter all three HLS responses.

Preguntas en conformidad con (R7-2-306(B)(1),(2)(a-c) del Código Administrativo de Arizona. (Revised 05-2023)